کیهان فتحی[1] - دکتر مهناز مهرابی‌زاده هنرمند[2]

بررسی میزان افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و تحصیلات والدین به‌عنوان پیش‌بین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی میزان افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و تحصیلات والدین به‌عنوان پیش‌بین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز است. افراد مورد مطالعه‌ی تحقیق شامل ۱۱۲ نوجوان معتاد و ۱۱۲ نوجوان غیرمعتاد بودند. در این پژوهش، برای انتخاب نمونه‌ی معتاد از نمونه‌ی در دسترس و برای انتخاب نمونه‌ی غیرمعتاد از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد. ابزار مورد استفاده در این تحقیق عبارت بودند از: پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن، پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری اهواز و پرسش‌نامه‌ی دلبستگی به والدین و همسال. برای تحلیل داده‌ها، علاوه بر روش آمار توصیفی، روش تحلیل ممیز به‌کار بسته شد. نتایج به‌دست آمده همه‌ی فرضیه‌های این پژوهش را تأیید کرد و نشان داد که وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان را می‌توان بر اساس متغیرهای افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و تحصیلات والدین پیش‌بینی نمود. نتایج به‌دست آمده و مدل ارائه شده توسط این پژوهش به تفضیل مورد بحث قرار گرفته است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی، تحصیلات والدین

مقدمه

امروزه دولت‌ها هزینه‌ی گزافی برای مبارزه با سوء‌مصرف مواد متحمل می‌گردند. چرا که این پدیده به‌عنوان معضلی فردی و اجتماعی کانون توجه متخصصین در حوزه‌های مختلف قرار گرفته است. اهمیت ایجاد راهبردهای پیشگیری و درمان مؤثر بی‌شک سال‌هاست که بر همگان روشن شده است. اما، علی‌رغم تلاش‌های روزافزونی که در راستای پیش‌گیری و درمان سوء‌مصرف مواد صورت می‌گیرد؛ ما همچنان

۱. کار شناس ارشد روانشناسی تربیتی

۲. عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

شاهد انتشار آمارهای فزاینده‌ای از سوی سازمان بهداشت جهانی و انجمن روان‌پزشکی آمریکا در زمینه‌ی شیوع سوءمصرف مواد و مشکلات وابسته به آن هستیم (لووینسون[1]، میل‌مان[2] و لانگ رود[3]، ۱۹۹۷).

اعتیاد به مواد مخدر نتیجه‌ی مصرف مکرر و مداوم ماده یا مواد تخدیرکننده و روان‌گردان تا حدّگرفتاری شدید به آن است و فرد معتاد احساس می‌کند که نمی‌تواند یا نمی‌خواهد استفاده از این مواد را ترک و یا میزان آن را کم کند و در صورت ترک آن معمولاً دچار مسمومیت می‌شود. در پزشکی به‌جای اصطلاح اعتیاد معمولاً کلمه‌ی وابستگی به مواد[4] به‌کار می‌رود و معتاد کسی است که از نظر روانی و جسمی به یک ماده مخدر وابستگی پیدا می‌کند (مرادی، ۱۳۸۱).

متغیرهای گوناگونی بر پدیدآیی و تداوم و درمان وابستگی به مواد مخدر تأثیر می‌گذارند. در پژوهش‌های بالینی متغیرهای چندی به منزله‌ی متغیرهای پیش‌بین در زمینه‌ی وابستگی به مواد مخدر بررسی شده‌اند که به چهار دسته تقسیم می‌شوند:

الف) محیط فرهنگی- اجتماعی، ب) عوامل بین شخصی، ج) عوامل روانی- رفتاری و د) عوامل زیستی- ژنتیکی (نیوکام و ریچاردسون[5]، ۲۰۰۰؛ لتیری[6]، ۱۹۸۵ ؛ نیوکام، ۱۹۹۵) .

بر اساس جهت‌گیری مواجهه‌ای، علت اعتیاد صرفاً مواجهه با افیون‌ها است. وقتی شخصی فشار روانی تجربه می‌کند، اندروفین‌ها ترشح می‌شوند و یک بی‌حسی برطرف کننده‌ی فشار روانی ایجاد می‌شود، تحمل درد را افزایش می‌دهد. برخی محققان اظهار داشته‌اند که ممکن است استفاده از هروئین و سایر افیون‌ها باعث فروریزی درازمدت دستگاه بیوشیمیایی گردد که اندروفین‌ها را می‌سازد. طبق این دیدگاه، معتاد به‌خاطر این‌که دارو سیستم طبیعی تسکین‌دهنده‌ی درد بدن وی را درهم‌ریخته به مصرف افیون‌ها ادامه می‌دهد. جهت‌گیری انطباقی راهی تعاملی است که در آن، هم شخص و هم محیط عوامل مهمی در بروز اعتیاد تلقی می‌شوند: ویژگی‌های شخص (انتظارات، نگرانی‌ها و جز این‌ها) و موقعیت‌هایی که فرد در زندگی با آنها روبرو می‌شوند، خصوصاً آن‌هایی که ایجاد فشار روانی می‌کنند، در کنار هم، نیاز به دارو و واکنش‌های او را به داروها تحت تأثیر قرار می‌دهند (ساراسون و ساراسون، ۱۳۸۲).

1. Lowinson
2. Millman
3. Longrod
4. Substance Dependance
5. Newcomp & Richardson
6. Lettieri

کوپر و همکاران[1] (۱۹۹۵) در پژوهشی نشان دادنـد کـه مـردم اغلـب بـه‌دلایـل مختلفـی مـواد مصـرف می‌کنند و این دلایل زیربنایی تعیین می‌کند که آیا مصرف، گرایش به سوءمصرف دارد یـا نـه. تأکیـد ایـن مطالعه بر مصرف الکل بود ولی یافته‌های آن، الگوی مناسبی برای سایر مواد نیز به‌دست داد. مطالعه‌ی یکی از الگوهای مصرف الکل نشان می‌دهد کـه مـردم مـواد را بـرای تعـدیل خلـق و خـو و بـه دو علـت متمـایز مصرف می‌کنند: افزایش تجارب هیجانی مثبت و کاهش خلق و خوی منفی مانند افسردگی و اضطراب. بر طبق این الگو، افرادی که برای کنارآمدن با تجـارب منفـی مـواد مصـرف مـی‌کننـد بـه احتمـال بیشـتری بـا عوارضی مواجه می‌شوند. برای آزمون این الگو، از شاخص‌های مختلفی برای ارزیابی عواملی مانند خلق و خو، انتظارات و هیجان‌خواهی در نمونه‌های نوجوان و بزرگسال استفاده شد.

شواهد قابل ملاحظه‌ای مصرف مواد را به نوجویی[2] ربط می‌دهد. زاکرمن[3] (۱۹۷۹) هیجان‌خواهی را این‌گونه تعریف کرده است: صفتی که با نیاز به احساسات و تجارب متغیر، تازه و پیچیده و نیز خطرکـردن برای کسب چنین تجاربی تعریف می‌شود. بر اساس نظر زاکرمن (۱۹۷۹)، یک دلیل این‌که هیجان‌خواهـان مصرف مواد را چنین تقویت کننده می‌یابند آن است که سـطح پـایین آنـزیم مونـوآمین‌اکسـیداز[4] بـه آن‌هـا اجازه می‌دهد تا در مقایسه با افرادی که سطح آنزیم مونوآمین‌اکسیداز در آن‌هـا بالاسـت، تـأثیر بیشـتری را تجربه کنند. این عقیده وجود دارد که بسیاری از کودکان بیش‌فعـال در بزرگسـالی هیجـان‌خـواه مـی‌شـوند (ریو، ۱۳۸۲).

پژوهش‌گران مختلف نشان داده‌اند که الگوی آموخته شده‌ی کنارآمدن، نقش مهمی در مصـرف مـواد ایفاء می‌کند. کودکانی که سرشت ویژه‌ای مثل انگیزش زیاد دارنـد، ممکـن اسـت وقتـی در موقعیـت حـل مسئله‌ای قرار می‌گیرند، خشم و درماندگی بیشتری احساس کنند و بنابراین، تمایل بیشتری داشته باشند تا از مواد برای کنارآمدن با چنین هیجان‌هایی استفاده کنند. اگر این کودکان یاد بگیرند تـا بـا مشکلاتشـان بهتـر کنار بیایند، ممکن است کمتر تمایل داشته باشند کـه مـواد را روشـی بـرای کنتـرل انگیـزش اجتنـابی خـود بدانند (به‌نقل از فرانکن، ۱۳۸۴).

در روانشناسی تحولی[5] پیوند عاطفی بین نوزاد و مادر را دلبستگی[1] می‌نامند. دلبستگی از زمـان نـوزادی شروع شده و در طول زمان دارای ثبات می‌باشد (بالبی[2]، ۱۹۶۹). پژوهش‌هـای متعـددی نشـان داده‌انـد کـه

1. Cooper & et al
2. Novelity Seeking
3. Zuckerman
4. Monoamin Oxidase
5. Development

سبک‌های دلبستگی به‌عنوان یک عامل تحولی در گرایش‌های شخصیتی و شکل‌گیری شخصیت یک تعیین کننده‌ی مهم است، چنان‌چه کارلسون[3] و اسروف[4] (۱۹۹۵) اهمیت کنش سازمانی سیستم دلبستگی را در یک‌پارچه کردن مؤلفه‌های عاطفی، انگیزشی، شناختی و رفتاری مورد تأکید قرار دادند.

با وجود این‌که عوامل شروع مصرف مواد ممکن است یک کنجکاوی ساده باشد، عوامل تداوم آن می‌تواند با سبک دلبستگی ارتباط داشته باشد. جدایی از منبع ایمنی‌بخش می‌تواند با گسستگی ارتباط فرد با منابع انسانی اطراف و گرایش او به مصرف مواد برای فرار از ترس‌ها، اضطراب‌ها و پناه بردن به رؤیا و ... ارتباط داشته باشد. در واقع اعتیاد را می‌توان تعامل فرد، مواد و محیط دانست. در عمل، مواد واسطه‌ای بین فرد و محیط می‌شود و رابطه‌ی ایمنی‌بخش با محیط به‌واسطه‌ی مواد صورت می‌گیرد و چنین تعبیر می‌شود که فرد در پرتو مصرف مواد امنیت پیدا کرده است. از نظر روانشناسی، این مواد به‌ویژه اپیوئیدها[5] از مهم‌ترین ضداضطراب‌ها نیز هستند؛ اما به‌دلیل مصرف مواد که آرامش آسان و سریع را به‌دنبال دارد، به‌تدریج فرد به‌عنوان معتاد، خود را از روابط ایمنی‌بخش طبیعی محروم کرده و برای دست‌یابی به همان سطح ایمنی‌بخش که از مواد انتظار دارد ناچار تن به وابستگی و عدم کنترل بر مصرف مواد می‌دهد. مشابه شرایط جدایی از مادر، هنگامی که مواجهه با مشکلی چون نیاز به ایمنی‌جویی در افراد افزایش می‌یابد، فرآیند جستجوی فعال مجدداً بروز می‌کند. در این هنگام، اگر منابع ایمنی‌بخش خانوادگی، گروه همتا یا منابع اجتماعی در دسترس نباشد یا فرد مهارت به‌دست آوردن آن‌ها را از طریق مهارت‌های ارتباطی (که از نشانه‌های سلامت روان است) نداشته باشد، ناگزیر در این شرایط برای فرار یا تسکین خود به مصرف مواد گرایش می‌یابد. این پاسخ‌گویی به‌لحاظ این‌که سریع تأثیر می‌گذارد، برای این افراد که به‌جای چالش‌جویی، چالش‌گریز می‌باشند سازوکاری ایجاد می‌کند که رفتار سوءمصرف را تقویت می‌کند و دخالت نکردن‌های زودهنگام، در نهایت محتمل است که فرد را به‌سوی وابستگی رهسپار کند (خستو، ۱۳۸۱).

در نظریه‌ی نابسامانی‌های اجتماعی چنین فرض می‌شود که محله‌هایی که با فقر، سطح اجتماعی-اقتصادی پایین، بی‌سوادی و کم‌سوادی، تراکم زیاد جمعیت و میزان بالای جرم مشخص هستند، زمینه‌ای ایجاد می‌کنند که در آن سوءمصرف مواد می‌تواند رشد پیدا کند؛ زیرا مواد یک راه گریز و رهایی از

1. Attachment
2. Bowlby
3. Carlson
4. Sroufe
5. opioids

استرس‌های چندگانه با این نوع محیط اجتماعی را ارائه می‌کند. مواد در این نوع محیط‌ها در دسترس قرار دارند و در یک خرده فرهنگ جرم‌مدار مصرف مواد از لحاظ اجتماعی پذیرفته شده است (کار[1]، ۱۹۹۹، به‌نقل از دهقان، ۱۳۸۱).

مک‌کالر و همکاران[2] (۲۰۰۱) در تحقیقی جهت پیش‌بینی هم‌زمان سوءمصرف مواد در بین نوجوانان پرخطر، برخی متغیرهای جمعیت شناختی، نگرش‌ها و باورها، عوامل روانی- اجتماعی، فشار دوستان، افسردگی و اضطراب را در یک نمونه‌ی متشکل از ۱۳۱۵ سوءمصرف کننده مواد مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که تعارض خانوادگی، افسردگی، اضطراب، نگرش‌ها و باورهای مثبت به مواد مخدر قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌ی مصرف مواد مخدر است. استاکی[3] (۲۰۰۳) رابطه‌ی بین سوءمصرف مواد (الکل ، مواد مخدر و سیگار) با افسردگی و عزت‌نفس را مورد بررسی قرار داد. نمونه شامل ۴۳۰۰ نوجوان دبیرستانی بود. نتایج نشان داد که مصرف الکل، ماری‌جوانا و سیگار با افسردگی شدید ارتباط مثبت معنی‌دار و با عزت نفس پایین رابطه‌ی منفی دارند. همچنین، یافته‌های کریگ و همکاران[4] (۲۰۰۳) نشان داد که رابطه‌ی متقابلی بین اختلال شخصیت، سوءمصرف مواد مخدر و اختلالات خُلقی قبل از موعد وجود دارد.

فرد هیجان‌خواه همواره به‌دنبال تجربه‌های جدید است. مواد مخدر هم می‌تواند وسیله‌ای برای بالابردن سریع انگیختگی باشد، در را به روی تجربه‌های جدید می‌گشایند، از رفتارهای مخاطره‌آمیز بازداری‌زدایی می‌کنند و وسیله‌ای برای گریختن از یکنواختی و بی‌حوصلگی هستند. زاکرمن و همکاران (۱۹۷۲) برای اثبات این ادعاها از دانشجویان خواستند مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن[5] و پرسش‌نامه‌ای درباره‌ی انواع مصرف مواد مخدر و الکل را پُر کنند. چندین مقیاس با مصرف الکل و مواد مخدر به‌ویژه در مردان همبستگی داشتند (ریو، ۱۳۸۲). ویلیز و همکاران[6] (۱۹۹۴) در پژوهش خود تحت عنوان تجربه‌جویی، خطرپذیری و سازه‌های مرتبط با آن، به‌عنوان پیش‌بین‌های مصرف مواد در نوجوانی، ۴۵۷ نوجوان را با استفاده از پرسش‌نامه‌ی شخصیتی آیزنگ مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد مصرف مواد در ا فراد

1. Carr
2. McCuller & et al
3. Ostuki
4. Craig & et al
5. Sensation Seeking Scale (SSS)
6. Wills & et al

تجربه‌جو با خطرجویی کم به‌طور فوق‌العاده‌ای بالا می‌رود. همچنین، عدم کنترل رفتاری، تکانش‌گری، خشم، هیجان‌خواهی و خطرپذیری با مصرف مواد همبستگی دارد.

تارتر و همکاران[1] (۲۰۰۳) در یک مطالعه طولی بر روی دو گروه از نوجوانان پسر با ریسک بالا و پایین سوءمصرف مواد دریافتند که بازداری‌زدایی رفتاری ، سوءمصرف مواد را در نوجوانی پیش‌بینی می‌کند. یانویتزکی[2] (۲۰۰۵) به بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم هیجان‌خواهی (به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی) در مصرف مواد توسط نوجوانان پرداخت. در این تحقیق مطرح شده است که برخی اوقات یا حتی اغلب اوقات، تأثیر هیجان‌خواهی در مصرف مواد، از طریق ارتباط با همسالان منحرف و یا مصرف کننده‌ی مواد میانجی می‌شود. نتایج تحلیل، فرضیه‌ها را تأیید کرد. همچنین، نشان داده شد که عوامل متفاوتی ممکن است نوجوانان زیاد هیجان‌خواه را به سمت مصرف مواد سوق دهد.

اپیستن و همکاران[3] (۲۰۰۰) در تحقیقی۵۱۷ نوجوان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که پرخاشگری و رفتارهای ناسازگارانه با شروع مصرف مواد (سیگار، الکل، ماری‌جوانا و هروئین) ارتباط دارند. جف[4] (۲۰۰۵) در بررسی رابطه‌ی بین پرخاشگری و مصرف مواد افیونی نتیجه گرفت که پرخاشگری با برخی از مواد افیونی (کراک[5] و آمفتامین) همبستگی مثبت دارد.

شواهد پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که بین سبک‌های دلبستگی، اختلالات خُلقی، اضطرابی، شخصیت و سوءمصرف مواد رابطه وجود دارد (کسیدی[6] و شیور[7]، ۱۹۹۹، به‌نقل از دهقان، ۱۳۸۱).

سکال-کاتز و همکاران[8] (۱۹۷۷) در یک مطالعه ارتباط ویژگی‌های خانوادگی (دلبستگی به والدین و ساختار خانواده) با انحرافات رفتاری شامل بزهکاری، مصرف مواد مخدر و سیگار در نوجوانان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین دلبستگی والدین و هرکدام از رفتارهای انحرافی وجود دارد.

---

1. Tarter & et al
2.Yanovitzky
3. Epsten & et al
4. Jaff
5. Crack
6. Cassidv
7. Shaver
8. Skol-Katz & et al

بـاهر و همکـاران[1] (۱۹۹۸) در تحقیقـی تحـت عنـوان «خـانواده، دینـداری و خطـر مصـرف مـواد در نوجوانان» ۱۳۲۵۰ نوجوان را مورد بررسی قراردادند. نتایج نشان داد که دلبستگی به پدر، دلبستگی به مادر، نظارت والدین، پرخاشگری خانوادگی، مشکلات مواد در خانواده و دینداری با مصرف مـواد و افسـردگی ارتباط معنی‌داری دارد. ویلیامز[2] و کلی[3] (۲۰۰۵) در تحقیقی نشان دادند: نوجوانان دلبستگی (ایمن) بیشتری به مادران دارند؛ و نوجوانانی کـه تعامـل کمتـری بـا پـدران خـود دارنـد و دارای دلبسـتگی نـاایمن هسـتند، مشکلات رفتاری بیشتری را نشان می‌دهند. دهقان (۱۳۸۱) در پژوهشی نشان داد‌که بـین سـبک دلبسـتگی و اعتیاد و همچنین بین دلبستگی و اعتیاد با نیم‌رخ روانی رابطه وجود دارد.

واکوالی و همکاران[4] (۲۰۰۰) در پژوهشی نشان دادند که سـطوح بـالای تحصـیلات والـدین از عوامـل محافظ و سـطح تحصـیلات پـایین والـدین بـه‌ویـژه پـدر، تعصـبات قـومی و نـژادی، تعـارض خـانوادگی و همشیرهای معتاد از عوامل خطرساز سوءمصرف و مصرف مواد می‌باشند.

با نگاهی به آمار روزافزون اعتیاد به مواد مخدر بـه‌خصـوص اشـاعه‌ی آن در نوجوانـان و جوانـان نشـان می‌دهد، نسل جوان که باید در جهت سازندگی و پیشرفت جامعـه مشـارکت داشـته باشـد در دام اعتیـاد بـه هدر می‌رود. از این‌رو، لازم است بررسی‌های وسیع و عمیقی در مـورد شناسـایی عوامـل زمینـه‌سـاز اعتیـاد انجام گیرد؛ چـون پدیـده‌ی اعتیـاد ارتبـاط تنگـاتنگی بـا فرهنـگ و اعتقـادات مـذهبی، شـرایط اقتصـادی، اجتماعی و پیشینه‌ی تاریخی هر کشوری دارد. از این‌رو، تکیه بر پژوهش‌های خارجی چندان مفید نخواهـد بود، بلکه بـه بررسـی‌هـای منطقـه‌ای و کشـوری نیـاز اساسـی وجـود دارد. از آن‌جـا کـه در زمینـه شـناخت پیش‌آیندها و عوامل زمینه‌ساز اعتیاد در ایران بررسی‌هـای کمتـری انجـام شـده اسـت، در ایـن پـژوهش در صدد آن برآمدیم تا به بررسی برخی از متغیرهایی که احتمالاً می‌توانند پیش‌بین وابستگی به مواد مخـدر در نوجوانان پسر باشند، بپردازیم. بر این اساس و با توجه به پیشینه‌ی پژوهش، فرضیه‌های زیر تدوین شد.

۱- وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر بر اساس افسردگی قابل پیش‌بینی است.

۲- وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر بر اساس هیجان‌خواهی قابل پیش‌بینی است.

۳- وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر بر اساس پرخاشگری قابل پیش‌بینی است.

۴- وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر بر اساس دلبستگی قابل پیش‌بینی است.

1. Baher & et al
2. Willams
3. Kelly
4. Vakalahi & et al

۵- وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر بر اساس تحصیلات والدین قابل پیش‌بینی است.

۶- وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر بر اساس ترکیب خطی متغیرهای افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، دلبستگی و تحصیلات والدین قابل پیش‌بینی است.

روش

جامعه‌ی آماری، روش نمونه‌گیری وحجم نمونه

جامعه‌ی معتاد مورد مطالعه در پژوهش حاضر، همه‌ی معتادین پسر ۱۵ تا ۱۸ ساله بود که در فاصله‌ی زمانی اردیبهشت ماه تا آذرماه ۱۳۸۴ در شهرستان اهواز زندگی می‌کردند. همچنین، جامعه‌ی افراد غیرمعتاد شامل همه‌ی دانش‌آموزان پسر ۱۵ تا ۱۸ ساله دبیرستان‌های روزانه‌ی دولتی شهرستان اهواز می‌باشد که در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴ به تحصیل اشتغال داشتند.

نمونه‌ی آماری در این پژوهش، تعداد ۱۱۲ نفر نوجوان معتاد و ۱۱۲ نفر نوجوان غیرمعتاد شهرستان اهواز بود. برای انتخاب نمونه‌ی معتاد از نمونه‌ی در دسترس استفاده شد. بدین صورت که پژوهش‌گران همه‌ی نوجوانان معتادی که در فاصله‌ی زمانی ۸ ماه پژوهش به کانون اصلاح و تربیت جهت بازپروری ارجاع داده شده بودند و نیز همه‌ی نوجوانان معتاد که از طریق مؤسسه‌ی مبینا (که وابسته به سازمان ملی جوانان اهواز می‌باشد) شناسایی شدند، در نظر گرفتند. برای انتخاب نمونه‌ی غیرمعتاد از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد. بدین‌ترتیب که از هر کدام از چهار ناحیه‌ی آموزش و پرورش یک دبیرستان و یک مرکز پیش‌دانشگاهی به‌صورت تصادفی انتخاب شد. پس از آن، به دبیرستان‌ها و مراکز پیش‌دانشگاهی مورد نظر مراجعه شد و پس از دریافت اسامی دانش‌آموزان، ۱۱۲ دانش‌آموز از نظر سن با آزمودنی‌های گروه معتاد همتاسازی، به‌صورت تصادفی انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

الف) پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک[1]: در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه‌ی ۱۳ ماده‌ای که توسط منصور و دادستان (۱۳۶۸) بر اساس نتایج حاصل از آزمودنی‌های ایرانی هنجاریابی شده استفاده شده است (به‌نقل از مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۷۵). روایی این پرسش‌نامه مکرراً مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با *مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی برای افسردگی همیلتون*[2] ۰/۷۳، با

1. Beck Depression Inventor
2. Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression

مقیاس خودسنجی افسردگی زونک[1] ۰/۷۶ و با *مقیاس افسردگی ام. ام. پی. ای*[2] ۰/۷۴ است (گراث-مارنات، ۱۳۷۵). همچنین، ضرایب پایایی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک با روش آلفای کرونباخ برای افراد معتاد ۰/۸۴، برای افراد غیرمعتاد ۰/۸۳ و برای کل افراد ۰/۹۱ به‌دست آمده است که در حدّ بسیار رضایت‌بخشی می‌باشد. اعتبار این پرسش‌نامه مکرراً مورد بررسی قرار گرفته است.

ب) مقیاس هیجان‌خواهی شکل پنجم زاکرمن: در پژوهش حاضر، برای بررسی هیجان‌خواهی از شکل پنجم مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن (۱۹۶۸) استفاده شد. شکل پنجم مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن دارای ۴۰ سؤال دوجزیی است (به‌نقل از افضلی، ۱۳۸۲). برای سنجش اعتبار سازه‌ی مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن (شکل پنجم)، این مقیاس با مقیاس هیجان‌خواهی آرنت[3] همبسته شده است. ضریب همبستگی بین این دو مقیاس برای افراد معتاد ۰/۲۹، برای افراد غیرمعتاد ۰/۵۵ و برای کل افراد ۰/۴۶ محاسبه شد. این ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند. همچنین، ضرایب پایایی مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن با روش آلفای کرونباخ برای افراد معتاد ۰/۵۵، برای افراد غیرمعتاد ۰/۶۶ و برای کل افراد ۰/۷۳ به‌دست آمده است.

ج) پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری اهواز[4]**:** پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری اهواز با استفاده از روش آماری تحلیل عوامل برای سنجش پرخاشگری بر روی یک نمونه‌ی دانشجو، توسط زاهدی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) ساخته شد. این مقیاس یک پرسش‌نامه‌ی خود-گزارشی و مداد-کاغذی است که شامل ۳۰ ماده است و آزمودنی‌ها باید به یکی از چهار گزینه‌ی «هرگز»، «به‌ندرت»، «گاهی اوقات» و «همیشه» پاسخ گویند. در این پرسش‌نامه، گرفتن نمره‌ی بالا نشان دهنده‌ی پرخاشگری بالا است. زاهدی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) به‌منظور سنجش روایی پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری اهواز، از مقیاس شخصیتی آیزنک[5] (EPQ)، پرسش‌نامه‌ی شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI) و مقیاس پرخاشگری باس و دو رکی[6] (BDVI) استفاده کردند و همه‌ی ضرایب به‌دست آمده را در سطح $p<0/001$ معنی‌دار گزارش کردند. همچنین، ضرایب پایایی پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری اهواز برای افراد معتاد ۰/۷۹، برای افراد غیرمعتاد ۰/۸۴ و برای کل افراد ۰/۸۴ به‌دست آمده است که در حدّ رضایت‌بخشی می‌باشد.

---

1. Zung Self-Reported Depression Scale
2. Minosota Multiple Personality Inventory
3. Arneet
4. Ahvaz Aggression Inventory
5. Eysenck's Personality Questionnaire
6. Buss-Durkee Validity Inventory

د) پرسش‌نامه‌ی دلبستگی به والدین و همسال[1]: این پرسش‌نامه به‌منظور ارزیابی ادراک نوجوانان از بُعد مثبت و منفی عاطفی-ذهنی روابط آن‌ها با والدین و دوستان‌شان توسط آرمسدن و گرینبرگ[2] (۱۹۸۷) طرح‌ریزی شده است؛ خصوصاً برای بررسی این منظور که چگونه این افراد منبع امنیت روان‌شناختی برای وی می‌باشند. اساس نظری این پرسش‌نامه نظریه دلبستگی می‌باشد که ابتدا توسط بالبی شکل گرفت و اخیراً توسط دیگران توسعه یافته است. پرسش‌نامه‌ی دلبستگی به والدین و همسال حاوی ۷۵ سؤال می‌باشد. هرچه نمرات بالاتر باشد ایمنی بیشتری در روابط وجود دارد. همچنین، ضرایب پایایی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ برای گروه معتاد ۰/۹۰، برای گروه غیرمعتاد ۰/۹۰ و برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۳ به‌دست آمده است که بیان‌گر پایایی بسیار رضایت‌بخش این پرسش‌نامه می‌باشد. آرمسدن و همکاران (۱۹۹۱) برای بررسی روایی این پرسش‌نامه، در تحقیقی بر روی یک گروه از آزمودنی‌های ۱۰ تا ۱۶ ساله‌ی مبتلا به روان‌پویشی، بین نمرات دلبستگی ایمن به والدین و نمرات افسردگی رابطه‌ی منفی به‌دست آوردند.

همچنین، میزان تحصیلات والدین از طریق پرونده‌های آزمودنی‌ها، مشخص و نمره‌گذاری گردید.

یافته‌های پژوهش

الف) یافته‌های توصیفی: اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین برای افراد معتاد و غیرمعتاد در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار دو گروه معتاد و غیرمعتاد در متغیرهای پیش‌بین

متغیرهای پیش‌بین	افراد معتاد		افراد غیرمعتاد	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۹/۳۷	۸/۲۱	۵/۹۹	۵/۶۶
هیجان‌خواهی	۲۱/۶۸	۴/۲۹	۱۵/۴۵	۴/۹۰
پرخاشگری	۶۱/۴۷	۱۰/۵۸	۵۲/۲۹	۱۱/۸۷
دلبستگی	۲۴۳/۳۹	۳۶/۴۳	۲۹۰/۹۲	۳۱/۹۳

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می دهد، در متغیر افسردگی میانگین نمره‌های افراد معتاد ۱۹/۳۷ و افراد غیرمعتاد ۵/۹۹ می‌باشد. میانگین نمره‌های افراد معتاد در متغیر هیجان‌خواهی ۲۱/۶۸ و افراد غیر معتاد

1. Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)
2. Armsden & Greenberg

۱۵/۴۵ است. میانگین نمره‌های افـراد معتـاد در متغیـر پرخاشـگری ۶۱/۴۷ و افـراد غیرمعتـاد ۵۲/۲۹ اسـت. میانگین نمره‌های افراد معتاد در متغیر دلبستگی ۲۴۳/۳۹ و افراد غیرمعتاد ۲۹۰/۹۲ است.

برای بررسی فرضیه‌های ۱ تا ۵ از روش آماری آزمون برابری میانگین‌هـا[1] و تـابع ممیـز[2] اسـتفاده شـد و نتایج آن در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. آزمون‌های برابری میانگین‌های گروهها (افراد معتاد و غیرمعتاد)

متغیرهای پیش‌بین		افسردگی	هیجان‌خواهی	پرخاشگری	دلبستگی	تحصیلات والدین
تعداد تابع		۱	۱	۱	۱	۱
مقدار ویژه		۰/۹۰۷	۰/۴۶۱	۰/۱۶۸	۰/۴۸۶	۰/۱۶۷
درصد واریانس		۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
همبستگی متعارف		۰/۶۹۰	۰/۵۶۲	۰/۳۷۹	۰/۵۷۲	۰/۳۷۸
لامبدای ویلکز		۰/۵۲۴	۰/۶۸۴	۰/۸۵۶	۰/۶۷۳	۰/۸۵۷
مجذور کای		۱۴۳/۰۱۰	۸۴/۰۴۰	۳۴/۴۰۳	۸۷/۷۱۲	۳۴/۲۱۰
درجه‌ی آزادی		۱	۱	۱	۱	۱
معنی‌داری تابع ممیز		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
ضریب غیراستاندارد تابع ممیز		۰/۱۴۲	۰/۲۱۷	۰/۰۸۹	۰/۰۲۹	۰/۱۲۵
عدد ثابت		−۱/۷۹۷	−۴/۰۳۵	−۵/۰۵۸	−۷/۸۰۰	−۱/۶۱۹
مرکز واره‌ی داده‌ها	**گروه معتاد**	۰/۹۴۸	۰/۶۷۶	۰/۴۰۸	−۰/۶۹۴	−۰/۴۰۷
	گروه غیرمعتاد	−/۹۴۸	−۰/۶۷۶	−۰/۴۰۸	۰/۶۹۴	۰/۴۰۷
پیش‌بینی عضویت گروهی		٪۷۹/۹	٪۷۵/۴	٪۶۴/۷	٪۷۶/۳	٪۶۷
ضریب کپا		۰/۵۹۸	۰/۵۰۹	۰/۲۹۵	۰/۵۲۷	۰/۳۳۹
معنی‌داری ضریب کپا		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول۲ مشاهده می‌شـود، تفـاوت بـین دو گـروه (افـراد معتـاد و غیرمعتـاد) از لحـاظ متغیرهای پـیش‌بـین (افسـردگی، هیجـان‌خـواهی، پرخاشـگری، دلبسـتگی و تحصـیلات والـدین) درسـطح $p<۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. بنابراین، فرضیه‌های اول تا پنجم تحقیق تأیید می‌گردد. در نتیجـه، مـی‌تـوان بیـان داشت که افراد معتاد و غیرمعتاد در همه‌ی متغیرهای پیش‌بین به‌خوبی از هم متمایز شده‌اند.

1. Tests of Equality of Group Means
2. Discriminant Analysis

جدول ۳. خلاصه‌ی اطلاعات مربوط به تابع ممیز متغیرهای پیش‌بین به‌صورت تفکیکی

متغیرهای پیش‌بین	لامبدای ویلکز	F	درجه‌ی آزادی ۱	درجه‌ی آزادی ۲	معنی‌داری
افسردگی	۰/۵۲۴	۲۰۱/۴۰۱	۱	۲۲۲	۰/۰۰۱
هیجان‌خواهی	۰/۶۸۴	۱۰۲/۴۳۶	۱	۲۲۲	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۰/۸۵۶	۳۷/۳۰۲	۱	۲۲۲	۰/۰۰۱
دلبستگی	۰/۶۷۳	۱۰۷/۸۶۱	۱	۲۲۲	۰/۰۰۱
تحصیلات والدین	۰/۸۵۷	۳۷/۰۷۷	۱	۲۲۲	۰/۰۰۱

با نگاهی به مندرجات جدول ۳ مشخص می‌شود که با توجه به لامبدای ویلکز [1] کوچک‌تر از ۱ و سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵، تمام تابع‌های ممیز معنی‌دار هستند و این توابع جداگانه برای هر متغیر از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین متغیر وابسته یعنی گروه (در دو سطح افراد معتاد و غیرمعتاد) برخوردار هستند.

همچنین، نتایج حاصل از بررسی فرضیه‌ی ششم در جداول ۴ تا ۶ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه‌ی اطلاعات مربوط به تابع ممیز متعارف
به‌روش تحلیل همزمان (۵ متغیر پیش‌بین) و گام به گام (۴متغیر پیش‌بین)

اطلاعات مهم مربوط به تابع ممیز	تحلیل ممیز به روش هم‌زمان	تحلیل ممیز به روش گام به گام
تعداد تابع	۱	۱
مقدار ویژه	۱/۵۵۰	۱/۵۱۹
درصد واریانس	۱۰۰	۱۰۰
درصد تراکمی	۱۰۰	۱۰۰
همبستگی متعارف	۰/۷۸۰	۰/۷۷۷
مجذور اتا	۰/۶۱	۰/۶۰
لامبدای ویلکز	۰/۳۹۲	۰/۳۹۷
مجذور کای	۲۰۵/۴۹۹	۲۰۳/۲۱۹
درجه‌ی آزادی	۵	۴
معنی‌داری تابع ممیز	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مرکز واره‌ی داده‌ها برای گروه معتاد	۱/۲۴۰	۱/۲۲۷
مرکز واره‌ی داده‌ها برای گروه غیرمعتاد	-۱/۲۴۰	-۱/۲۲۷
پیش‌بینی عضویت گروهی	٪۹۰/۶	٪۸۹/۳
ضریب کپا	۰/۸۱۳	۰/۷۸۶
معنی‌داری ضریب کپا	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

1. Wilk's Lambda

همان‌گونه که در جدول۴ مشاهده می‌گردد، هم در تحلیل ممیز به‌روش همزمان (که ترکیب پنج متغیر با هم وارد تحلیل شدند) و هم در تحلیل ممیز به روش گام به گام (که پس از ارائه‌ی همه‌ی متغیرها چهار متغیر باقی مانده و وارد تحلیل شدند)، با توجه به مقدار لامبدای کوچک، مقدار مجذور کای بالا و سطح معنی‌داری $p<0/001$ ، تابع ممیز به‌دست آمده از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین واریانس متغیر وابسته یعنی گروه (در دو سطح افراد معتاد و غیرمعتاد) برخوردار است. بنابراین، فرضیه ششم تأیید می‌گردد.

همچنین، در همین جدول، عدد۱ حاکی از تنها تابع ممیزی است که با دو سطح از متغیر ملاک به‌دست آمده است. تعداد تابع ممیز برای یک تحلیل برابر است با تعداد گروه‌ها منهای یک یا تعداد متغیرها هر کدام که کوچکتر باشد. بنابراین، با داشتن دو گروه، صرف‌نظر از تعداد متغیرها، فقط یک تابع می‌تواند محاسبه شود

مقدار ویژه[1] عبارت است از نسبت مجموع مجذورات بین گروهی به کل مجموع مجذورات درون‌گروهی. با نگاهی به جدول ۴، مقدار ویژه‌ی تنها تابع ممیز ۱/۵۵۰ (به‌روش همزمان) و ۱/۵۱۹ (به‌روش گام به گام) است. کوچک‌تر بودن مقدار ویژه به‌روش گام به گام با توجه به درجه‌ی آزادی ۴ (یعنی ۴ متغیر پیش‌بین وارد شده به معادله‌ی ممیز) قابل توجیه است. به‌طور کلی، مقدار ویژه‌ی بالا حاکی از یک تابع ممیز دقیق است. درصد واریانس بیان‌گر درصد واریانسی است که توسط تابع ممیز برآورد شده است. بدیهی است که چون یک تابع ممیز وجود دارد، مقدار واریانس ۱۰۰ است.

همبستگی متعارف[2]، همبستگی بین نمرات ممیز و سطوح متغیر وابسته است. مطابق اطلاعات مندرج در جدول ۴، این مقدار در تابع ممیز به‌روش تحلیل هم‌زمان ۰/۷۸۰ و به‌روش تحلیل گام به گام ۰/۷۷۷ است. با محاسبه‌ی مجذور همبستگی متعارف برای تنها تابع ممیز، مجذور اتا به‌دست می‌آید. مجذور اتا برای تحلیل ممیز به‌روش هم‌زمان ۶۱ درصد پراش ۵ متغیر پیش‌بین و ۶۰ درصد پراش چهار متغیر پیش‌بین به روش گام به گام برای تنها تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه افراد معتاد و غیرمعتاد را تبیین می‌کند.

لامبدای ویلکز نسبت مجموع مجذورات درون‌گروهی به کل مجموع مجذورات است. مطابق جدول ۴، آزمون لامبدای ویلکز وجود تفاوت میان‌گروه‌ها را با توجه به ۵ متغیر پیش‌بین به‌روش هم‌زمان و ۴ متغیر پیش‌بین به‌روش گام به گام در جامعه نشان می‌دهد. هرچه لامبدای ویلکز تابع ممیز کوچک‌تر باشد، آن تابع قدرت تشخیصی بیشتری دارد. همان‌طور که در جدول ۴ آمده است، این مقدار برای تابع ممیز به‌روش هم‌زمان ۰/۳۹۲ و برای تابع ممیز به‌روش گام به گام ۰/۳۹۷ است.

1. Eigen value
2. Canonical Correlation

مجذور کای آماره‌ای است که معنی‌داری دو سطح از تابع را بر اساس تابع ممیز نشان می‌دهد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۲). مقدار مجذور کای بالا حاکی از قدرت تمیز خوب تابع است. همان‌طور که در جدول ۴ آمده است، این مقدار برای تنها تابع ممیز به‌روش هم‌زمان ۲۰۵/۴۹۹ و به‌روش گام به گام ۲۰۳/۲۱۹ است. مطابق آنچه که در ردیف معنی‌داری تابع ممیز آمده است، مقدار مجذور کای به‌دست آمده، در سطح $p <$ ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین، فرضیه‌ی ششم تأیید می‌شود. از این‌رو، می‌توان گفت که تابع ممیز به‌دست آمده به‌طور معنی‌داری از قدرت تشخیصی قابل توجهی برای دو سطح از متغیر ملاک برخوردار است. با توجه به موارد توضیح داده شده، نمایش آماری مجذور کای برای روش هم‌زمان: $p <$ ۰/۰۰۱ و ۲۰۵/۴۹۹ = (N =۲۲۴ و ۵) χ۲ و Λ=۰/۳۹۲ (لمبدای ویلکز) و برای روش گام به گام: $p <$ ۰/۰۰۱ ۲۰۳/۲۱۹= (N =۲۲۴ و ۴) و Λ =۰/۳۹۷ (لمبدای ویلکز) می‌باشد.

مرکز واره‌ی[1] داده‌های هر گروه همان میانگین نمره‌های تمایز یک گروه است. به‌عبارت دیگر، مرکز واره‌ی داده‌های هر گروه با قرار دادن میانگین متغیرهای پیش‌بین هر گروه در تابع ممیز به‌دست می‌آید. نمره‌های تمایز افراد یک گروه یا مثبت است یا منفی. هرچه نمره‌های افراد دو گروه از نظر مثبت بودن بیشتر از هم جدا باشد، امکان طبقه‌بندی نادرست در آن گروه‌ها کمتر است (شهنی ییلاق، ۱۳۷۶). همان‌گونه که در جدول ۴ آمده است، مرکز واره‌ی داده‌ها برای تنها تابع ممیز به‌روش تحلیل هم‌زمان ۱/۲۴۰ برای گروه معتاد و ۱/۲۴۰- برای گروه غیرمعتاد و به روش تحلیل گام به گام ۱/۲۲۷ برای گروه معتاد و ۱/۲۲۷- برای گروه غیرمعتاد است. این به آن معناست که نقطه‌ی برش وابستگی و عدم وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر برای تابع ممیز به‌دست آمده صفر است و تابع ممیز به‌دست آمده، تابع تشخیصی بسیار مناسبی در متمایز نمودن گروه افراد معتاد و افراد غیرمعتاد است. با دقت در ردیف پیش‌بینی عضویت گروهی جدول ۴ آشکار می‌شود که تابع ممیز به‌دست آمده با روش هم‌زمان (۵ متغیر پیش‌بین) به‌طور کلی ۹۰/۶٪ افراد و با روش گام به گام (۴ متغیر پیش‌بین) ۸۹/۳٪ افراد به درستی طبقه‌بندی شده‌اند. به‌عبارت دیگر، در تابع ممیز هم‌زمان از ۱۱۲ نفر معتاد ۱۰۰ نفر به‌درستی در گروه معتاد و ۱۲ نفر به اشتباه در گروه افراد غیرمعتاد و از ۱۱۲ نفر غیرمعتاد ۱۰۳ نفر به‌درستی در گروه غیرمعتاد و ۹ نفر به اشتباه در گروه معتاد قرار گرفتند. به‌طور کلی، با استفاده از تابع ممیز به‌روش هم‌زمان از ۲۲۴ نفر، ۲۰۳ نفر معادل ۹۰/۶٪ افراد به‌درستی طبقه‌بندی شده‌اند. بنابراین، می‌توان گفت که قدرت پیش‌بینی این تابع (معادله) ۹۰/۶٪ است. در تابع ممیز به‌روش گام به گام از ۱۱۲ نفر معتاد ۹۸ نفر به‌درستی در گروه

1. Centroid

معتاد و ۱۴ نفر به اشتباه در گروه غیرمعتاد و از ۱۱۲ نفر غیرمعتاد ۱۰۲ نفر به‌درستی در گروه غیرمعتاد و ۱۰ نفر به اشتباه در گروه معتاد قرار گرفتند. به‌طور کلی، با استفاده از تابع ممیز به‌روش گام به گام از ۲۲۴ نفر، ۲۰۰ نفر معادل ۸۹/۳٪ افراد به‌درستی طبقه‌بندی شدند. بنابراین، می‌توان گفت که قدرت پیش‌بینی این تابع (معادله) ۸۹/۷٪ است.

ستون ضریب کپا[1] دقت اصلاح شده‌ی پیش‌بینی را نشان می‌دهد. دامنه‌ی ضریب کپا از صفر تا ۱+ است (سرمد و همکاران، ۱۳۸۲). دقت اصلاح شده‌ی پیش‌بینی دسته‌بندی تابع ممیز به‌روش هم‌زمان ۰/۸۱۳ و به‌روش گام به گام ۰/۷۸۶ است. ضرایب کپا که برای ارزیابی دقت در پیش‌بینی عضویت گروهی به‌کار می‌روند، برای تابع ممیز حاصل از روش‌های هم‌زمان و گام به گام در سطح $p <$ ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین، می‌توان گفت که قدرت پیش‌بینی که از تابع ممیز فوق به‌دست آمده معنی‌دار است.

همان‌طور که در بالا توضیح داده شد، با اجرای تحلیل ممیز به‌روش گام به گام و ارائه‌ی ۵ متغیر پیش‌بین، ۴ متغیر باقی مانده و وارد تحلیل شدند. اطلاعات مربوط به این ۴ متغیر پیش‌بین در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه اطلاعات مربوط به تحلیل ممیز گام به گام همراه با لامبدای ویلکز ۴ متغیر پیش‌بین

مرحله	وارد شده	تعداد متغیرها	لامبدای ویلکز	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۳	F دقیق: آماره	F دقیق: درجه آزادی ۱	F دقیق: درجه آزادی ۲	F دقیق: معنی‌داری
۱	**افسردگی**	۱	۰/۵۲۴	۱	۱	۲۲۲	۲۰۱/۴۰۱	۱	۲۲۲	۰/۰۰۱
۲	**هیجان‌خواهی**	۲	۰/۴۴۳	۲	۱	۲۲۲	۱۳۹/۰۹۹	۲	۲۲۱	۰/۰۰۱
۳	**تحصیلات والدین**	۳	۰/۴۰۶	۳	۱	۲۲۲	۱۰۷/۲۰۳	۳	۲۲۰	۰/۰۰۱
۴	**دلبستگی**	۴	۰/۳۹۷	۴	۱	۲۲۲	۸۳/۱۴۶	۴	۲۱۹	۰/۰۰۱

مطابق با اطلاعات مندرج در جدول ۵، پس از ارائه‌ی ۵ متغیر، ۴ متغیر باقی مانده و وارد تحلیل شدند. در گام اول، متغیر افسردگی، در گام دوم، متغیر هیجان‌خواهی، در گام سوم، متغیر تحصیلات والدین و در

1. Kappa

گام چهارم، متغیر دلبستگی وارد تحلیل شدند که F برای هر یک از چهار متغیر در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است.

ضرایب استاندارد[1]، ضرایب غیراستاندارد[2]، ضرایب ساختاری[3] و ضرایب طبقه‌بندی[4] متغیرهای پیش‌بین تابع ممیز در جدول ۶ ارائه شده‌اند.

جدول ۶. جدول ضرایب استاندارد، غیراستاندارد، ساختاری و طبقه‌بندی تابع ممیز به روش هم‌زمان و گام به گام

پیش‌بین‌ها	تابع									
	به‌روش هم‌زمان					به روش گام به گام				
متغیر	ضرایب استاندارد تابع ممیز	ضرایب غیر استاندارد تابع ممیز	ضرایب ساختاری	ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		ضرایب استاندارد تابع ممیز	ضرایب غیر استاندارد تابع ممیز	ضرایب ساختاری	ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز	
				گروه معتاد	گروه غیرمعتاد				گروه معتاد	گروه غیرمعتاد
افسردگی	۰/۶۰۶	۰/۰۸۶	*۰/۷۶۵	۰/۹۳۷	۰/۷۲۴	۰/۶۱۹	۰/۰۸۸	*۰/۷۷۳	۰/۹۶۷	۰/۷۵۲
هیجان‌خواهی	۰/۴۶۵	۰/۱۰۱	۰/۵۴۶	۰/۹۶۱	۰/۷۱۱	۰/۵۰۷	۰/۱۱۰	۰/۵۵۱	۱/۲۲۷	۰/۹۵۷
پرخاشگری	۰/۱۴۹	۰/۰۱۳	۰/۳۲۹	۰/۴۳۹	۰/۴۰۷	–	–	–	–	–
دلبستگی	-۰/۲۰۴	-۰/۰۰۶	-۰/۵۶۰	۰/۳۲۵	۰/۳۳۹	-۰/۲۱۵	-۰/۰۰۶	-۰/۵۵۶	۰/۳۱۶	۰/۳۳۲
تحصیلات والدین	-۰/۳۶۳	-۰/۰۴۶	-۰/۳۴۹	۰/۳۸	۰/۱۵۰	-۰/۳۶۳	-۰/۰۴۵	-۰/۳۳۲	۰/۰۵۳	۰/۱۶۴
عدد ثابت	–	-۱/۵۳۶	–	-۶۹/۵۷۱	-۷۳/۳۸۰	–	-۰/۸۹۲	–	-۶۲/۱۰۶	-۵۹/۹۱۶

*** بزرگ‌ترین همبستگی مطلق بین هر متغیر و هر تابع ممیز**

همان‌طور که از اطلاعات مندرج جدول ۶ نشان می‌دهد، برای تنها تابع ممیز، با دو روش تحلیل، چهار دسته ضرایب استاندارد، غیراستاندارد، ضرایب ساختاری و ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز ارائه شده‌اند. ضرایب استاندارد بر اساس نمره‌های Z قرار دارد و همانند بتا در روش رگرسیون عمل می‌کند. وقتی وزن‌های ممیز در نمره‌های استاندارد فردی مربوط به هر متغیر ضرب شوند و با هم جمع گردند، نمره‌ی ممیز به‌دست می‌آید. این ضرایب کمک می‌کند تا سهم متغیرها در تفاوت‌های گروهی مشخص گردد.

1. Standard Coefficient
2. Unstandard Coefficient
3. Structure Coefficient
4. Classification Function Coefficient

هرچه مقدار آن بیشتر باشد، آن متغیر سهم بیشتری در تمایز بین گروه‌ها دارد. همان‌طور که در ستون ضرایب استاندارد جدول ۶ آمده است، با روش تحلیل هم‌زمان و گام به گام متغیر افسردگی بیشترین سهم را در تمایز دو گروه دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی بهترین شاخص برای جداکردن گروه‌ها است. با استفاده از ضرایب غیراستاندارد که در جدول ۶ آمده است، معادله‌ی تابع ممیز را می‌توان به‌دست آورد. بنابراین، با قرار دادن نمره‌ی هر فرد در متغیرهای مربوط در تابع، نمره‌ی فرد به‌دست می‌آید. با توجه به مرکز واره‌ی داده‌های گروه معتاد و گروه غیرمعتاد که در جدول ۴ آمده، چنان‌چه نمره‌ی ممیز به‌دست آمده مثبت باشد، پیش‌بینی می‌شود که آن فرد به گروه معتاد و اگر منفی باشد، پیش‌بینی می‌شود که آن فرد به گروه غیرمعتاد متعلق باشد. با توجه به ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع ممیز به‌روش هم‌زمان معادله‌ی پیش‌بین زیر به‌دست می‌آید:

(تحصیلات والدین) ۰/۰۴۶– (دلبستگی) ۰/۰۰۶– (پرخاشگری) ۰/۰۱۳+ (هیجان‌خواهی) ۰/۱۰۱+ (افسردگی) ۰/۰۸۶ + ۱/۵۳۶– = D

با توجه به ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع ممیز به روش گام به گام معادله‌ی پیش‌بین زیر به‌دست می‌آید:

(تحصیلات والدین)۰/۰۴۵– (دلبستگی)۰/۰۰۶– (هیجان خواهی) ۰/۱۱۰+ (افسردگی۰/۰۸۸ + ۰/۸۹۲– =D

در جدول ۶ که به‌ترتیب در آن ضرایب ساختاری به‌روش هم‌زمان و گام به گام آمده‌اند، به‌ترتیب متغیرهای افسردگی، دلبستگی، هیجان خواهی، تحصیلات والدین و پرخاشگری بالاترین همبستگی را با تنها تابع ممیز با ۵ متغیر پیش‌بین نشان می‌دهند. همان‌گونه که در جدول ۶ مشخص است، به‌ترتیب افسردگی، دلبستگی، هیجان‌خواهی و تحصیلات والدین بالاترین همبستگی را با تنها تابع ممیز با ۴ متغیر پیش‌بین نشان می‌دهند. با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۶ (مربوط به فرضیه‌ی ششم)، تنها تابع ممیز بیشترین همبستگی را با متغیر افسردگی دارد. از این‌رو، می‌توانیم تنها تابع ممیز را افسردگی نام‌گذاری کنیم.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده از تجزیه و تحلیل آماری، بیان‌گر تأیید فرضیه‌ی پیش‌بینی وابستگی به مواد مخدر بر اساس متغیرهای افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و وضعیت اقتصادی– اجتماعی است. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با پژوهش‌های کریک و همکاران (۲۰۰۳)، تارتر و همکاران (۲۰۰۳)، اپیسن و همکاران (۲۰۰۰)، باهر و همکاران (۱۹۹۸)، واکوالی و همکاران (۲۰۰۰)، و برخی دیگر از تحقیقات انجام شده که در قسمت پیشینه تحقیق به آنها اشاره گردید همسوئی دارد.

در خصوص تبیین این نتایج می‌توان بیان داشت که یکی از مشخصه‌های نوجوانی تغییرات سریع و فراگیر، تقریباً در تمام ابعاد زندگی است که احتمالاً به فشار روانی بسیار زیادی منجر می‌شود. یک نوجوان مانند یک بزرگسال تجربه‌ی کافی برای رویارویی با احساسات ناشی از فشارهای روانی را ندارد؛ به‌همین علت، مواد مخدر را به‌عنوان داروی خود تجویزی در این شرایط فشارزا مصرف می‌کند. از طرفی، هم‌سو با مدل انگیزشی کوپر و همکاران (۱۹۹۵)، نظریه‌های رفتاری- شناختی و دیدگاه جهت‌گیری انطباقی، احتمالاً وابستگی به مواد مخدر به‌طور غیرمستقیم پاسخی است در مقابل ناتوانی در برخورد با موانع و ناکامی‌های زندگی که بر فرد وارد می‌آید و افراد از این طریق سعی می‌کنند که دردها و مسایل درونی خود را کم کرده و یا تسکین دهند. شایان ذکر است که علی‌رغم استفاده از ابزارهای مختلف سنجش افسردگی در تحقیقات یاد شده، به نتایج مشابهی دست یافتند که این خود بیان‌گر رابطه‌ی قوی بین افسردگی و پدیده‌ی مصرف مواد می‌باشد.

طبق نظر زاکرمن (۱۹۷۹)، ساختار هیجان‌خواهی به مقدار انگیختگی که دستگاه عصبی مرکزی شخص از منابع بیرونی تحریک نیاز دارد، مربوط است. افراد هیجان‌خواه بالا، تحریک دایمی مغز را ترجیح می‌دهند و افراد کم‌هیجان‌خواه تحریک مغزی کمتری را ترجیح می‌دهند. بیشتر موادی که افراد مصرف می‌کنند، انگیختگی را افزایش می‌دهد (ریو،۱۳۸۲). و احتمالاً به‌همین علت، افرادِ زیاد هیجان‌خواه بیش از افراد کم‌هیجان‌خواه تمایل به مصرف مواد دارند. در جامعه‌ی ما به‌ویژه شهر اهواز که شرایط لازم برای پُرکردن اوقات فراغت نوجوانان به شکلی مناسب و همچنین روش‌های مثبت کنترل هیجان‌ها، به‌اندازه‌ی کافی یا شاید بسیارکم وجود دارد، خصوصاً در افراد با سطح اقتصادی- اجتماعی پایین، این موضوع قابل تبیین است که نوجوانان هیجان‌خواه بالا از طریق روش‌های غیرمنطقی همچون مصرف مواد سعی در افزایش انگیختگی بنمایند.

کودکانی که سرشت ویژه‌ای دارند، ممکن است وقتی در موقعیت حل مسئله‌ای قرار می‌گیرند، خشم و درماندگی بیشتری احساس کنند، از این‌رو، تمایل بیشتری داشته باشند تا از مواد برای کنارآمدن با چنین هیجان‌هایی استفاده کنند (فرانکن، ۱۳۸۴). بنابراین، در خصوص تبیین این نتایج شاید بتوان بیان داشت که چنین افرادی از مواد تنها برای کسب لذت استفاده نمی‌کنند، بلکه مواد را برای سرکوب و چیره‌شدن بر طغیان درونی خود به‌کار می‌برند. از سوی دیگر، این احتمال وجود دارد که رفتار پرخاشگرانه‌ی وی باعث شود که از جانب دوستان و همتایان مثبت که در رویارویی با مشکلات و مسایل زندگی واکنشی معقولانه و خویشتن‌دارانه نشان می‌دهند، طرد شده و همین امر سبب پیوستن نوجوان به گروه‌های منحرف گردد که

این به خودی خود می‌تواند زمینه‌ی مساعدی را برای گرایش به مواد مخدر فراهم آورد. از طرف دیگر، بر اساس نظریه‌ی ناکامی- پرخاشگری، چنان‌چه فرد به‌علت مشکلات و مسایل خانوادگی یا اجتماعی با موانع رو به‌رو شود، این امر می‌تواند باعث خشم و پرخاشگری او شود. از آن‌جایی که از نظر فرهنگی و تربیتی در جامعه‌ی ما پرخاشگری و اعمال و رفتار خشونت‌آمیز عملی ناپسند (به‌ویژه نسبت به والدین) تلقی می‌شود، این‌گونه افراد برای غلبه بر هیجانات و نیل به آرامش درونی، خود را نیازمند به دارویی مسکن می‌بینند و این اثر را در مواد مخدر می‌یابند.

همچنین، می‌توان گفت که احتمالاً نبودِ تعامل مناسب بین کودک و مادر، محرومیت عاطفی در دوران کودکی، سهل‌انگاری‌های پدر در ارتباط با احتیاجات عاطفی فرزند در دوران بلوغ، نبودِ تکیه‌گاهی که نیازهای مراقبتی و رشدی او را به‌عهده گرفته باشد، والدینی غیرپاسخگو، اعتماد کم و فاصله‌ی زیاد بین والدین و فرزند، نبودِ همدردی مشترک در مسایل استرس‌زا، عدم توانایی والدین در بیان معقول احساسات خویش، انتقادات بی‌شمار و انتظارات بی‌اندازه خارج از توان نوجوان، دست به‌دست هم داده و نوجوان را به‌سمت مصرف مواد مخدر می‌کشاند. تأثیر مواد مخدر فرد را به کشف این مسئله نایل می‌کند که قادر است درد و اندوه خویش را که نتیجه‌ی شکست و ناکامی در ارتباط ایمنی‌بخش است، به‌کمک مواد مخدر تحت تأثیر قرار داده و به این وسیله، شرایط روحی‌اش را دگرگون کند.

بر اساس نظریه‌ی نابسامانی‌های اجتماعی چنین فرض می‌شود که محله‌هایی که با فقر، سطح اقتصادی- اجتماعی پایین، کم سوادی و بی‌سوادی، تراکم جمعیت و میزان بالای جرم مشخص هستند، زمینه‌ای ایجاد می‌کنند که در آن، سوءمصرف مواد می‌تواند رشد پیدا کند؛ زیرا مواد یک راه گریز و رهایی از استرس‌های چندگانه‌ی مرتبط با این نوع محیط اجتماعی را ارائه می‌کند. مواد در این نوع محیط‌ها در دسترس قرار دارند و در یک خرده فرهنگ جرم‌مدار مصرف مواد از لحاظ اجتماعی پذیرفته شده است (کار، ۱۹۹۹، به‌نقل از دهقان، ۱۳۸۱).

تحصیلات پایین والدین و عدم آگاهی آنان به دانستنی‌های اجتماعی و فقدان پرورش اجتماعی همیشه برای کودکان و نوجوانان خانواده، مصیبت‌های شوم به بار آورده است؛ زیرا متأسفانه به‌نحوه‌ی تعلیم و تربیت فرزندان و وظایفی که در قبال آنان دارند آگاه نیستند (آتشین، ۱۳۸۱).

سوءمصرف مواد نتیجه‌ی ترکیبی از عوامل گوناگون است. هرچه تعداد عوامل خطرآفرین در ارتباط با فرد بیشتر باشد، احتمال سوءمصرف مواد توسط او بیشتر می‌شود؛ زیرا وجود عوامل خطر چندگانه، هم در شروع مصرف مواد نقش دارند و هم در میزان مصرف بعدی مؤثرند (گلانتر و هارتل، ۲۰۰۲، به‌نقل از

مینویی و صالحی، ۱۳۸۲). در خصوص تبیین یافته‌های حاصل از این پژوهش، علاوه بر نکات فوق همچنین می توان گفت که احتمالاً کم توجهی و عدم مراقبت لازم در دوران کودکی و نوجوانی، کمبودهای تجربه شده، احساس تنهایی و اندوه، احساس خصومت و عدم توانایی در برقراری ارتباط، فقدان امکانات لازم برای کسب هیجانات مثبت و کم‌سوادی یا بی‌سوادی والدین، فرد را به‌سوی مصرف مواد سوق می‌دهد. تأثیرات آرام‌بخش مواد مخدر، باعث کنترل خشمی می‌گردد که شاید به‌واسطه‌ی کم‌توجهی والدین در وی ایجاد گشته است و تألمات روحی فرد را تسکین می‌دهد، و این انگیزه‌ای برای مصرف مجدد و پاسخ مغزی مثبت نسبت به مواد مخدر می‌شود و سرانجام به اعتیاد می‌انجامد.

پیشنهاد می‌شود که برای فهم بهتر متغیرهایی که پیش‌بین وابستگی به مواد مخدر هستند، در یک طرح پژوهشی مشابه، متغیرهایی از قبیل مصرف سیگار، نگرش مثبت نسبت به مواد مخدر، سرسختی روانی، نظارت والدین، انسجام خانوادگی در پیش‌بینی وابستگی به مواد مخدر مورد بررسی قرار گیرند.

مهم‌ترین محدودیت این تحقیق، دسترسی مشکل به نوجوانان معتاد (غیر بزهکار) برای همکاری و پژوهش بود که موجب گردید از نمونه‌ی در دسترس استفاده شود.

منابع

آتشین، شعله (۱۳۸۰). *ما، اعتیاد، جامعه*. (جلد دوم) تهران: مؤسسه‌ی فرهنگی انتشاراتی گوهر منظوم.

افضلی، صولت (۱۳۸۲). *مقایسه سازگاری زناشویی معلمان مرد دبستان‌های شهر اهواز بر اساس همسانی هیجان‌خواهی با همسرانشان با کنترل سن و طول مدت ازدواج*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.

بشارت، محمدعلی، میرزمانی، محمد و پورحسین، رضا (۱۳۸۰). نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلال کاربرد نابجای مواد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره‌ی ۲۷، ۵۲-۴۶.

خستو، گل‌آرا (۱۳۸۱). پیشگیری از سوءمصرف مواد و وابستگی با رویکرد اجتماع‌مدار. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال دوم، شماره‌ی ۶، ۲۶۲-۲۳۵.

دهقان، محمود (۱۳۸۲). *بررسی رابطه بین سبکهای دلبستگی، اعتیاد و نیمرخ روانی افراد معتاد در مقایسه با افراد غیرمعتاد در استان بوشهر*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

ریو، جان مارشال (۲۰۰۱). *انگیزش و هیجان*. ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۲). تهران: مؤسسه‌ی نشر ویرایش.

زاهدی‌فر، شهین، نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهیدچمران اهواز*، دوره‌ی سوم، سال هفتم، شماره‌های ۲ و ۱، ۱۰۲-۷۳.

ساراسون، پروین و ساراسون، باربارا (۱۳۸۲). *روانشناسی مرضی*. (جلد اول و دوم)، ترجمه‌ی بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم و محسن دهقانی، تهران: انتشارات رشد.

سرمد، زهره، بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۲). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.

شهنی ییلاق، منیجه (۱۳۷۶). آزار رسانی و آزار پذیری در مدارس راهنمایی شهرستان اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره‌ی سوم، سال چهارم، شماره‌های ۴ و ۳، ۲۹-۳.

فرانکن، رابرت.ای. (۱۳۸۴). *انگیزش و هیجان*. ترجمه‌ی حسن شمس اسفندآباد، غلامرضا محمودی و سوزان امامی‌پور، تهران: نشر نی.

گرات-مارنات، گری(۱۳۷۵). *راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان*. ترجمه و ویرایش حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو، تهران: انتشارات رشد

مرادی، مجید (۱۳۸۱). *ننگ بنگ، نگاهی به مسأله مواد مخدر و اعتیاد*. تهران: انتشارات نقش کلک.

مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۷۵). *بررسی تأثیر شناخت درمانگری در کاهش افسردگی و افزایش هماهنگی مؤلفه‌های خودپنداشت*. رساله‌ی دکترای رشته‌ی روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

مینویی، محمود و صالحی، مهدیه (۱۳۸۲). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون MAC-R, AAS, APS به‌منظور شناسایی افراد در معرض و مستعد سوءمصرف مواد در بین دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران. *فصلنامه علمی - پژوهشی سوءمصرف مواد*، سال اول، شماره‌ی ۳، ۱۰۷-۷۷.

Armsden, G. C., Mccauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P., & Mitchell, J. (1991). Parent and peer attachment in early adolescence depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 18, 683-692.

Armsden, G., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Relationships to well-being in adolescent. *Journal of Youth and Adolescent,* 16 (5), 427-454.

Bahr, S. J., Suzanne, L., Anastasios, C., & Bingdao, L. (1998). Family, religiosity and the risk of adolescent drug use. *Journal of Marriage and the Family,* 6, 979-992.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss*: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.

Carlston, E. A., & Sroufe, L. A. (1995). *Contribution of Attachment Theory to Development*. New York: Wiley.

Craig, S., Neumann, M., & Vitacco, A. (2003). Longitudinal assessment of callous/impulsive traits, substance abuse, and symptoms of depression in adolescent. Annals New York Academy of Sciences, Issue, 1008. Available at. http//WWW.Cas.Unt. Edu/ faculty/ randa/ faculty.

Cooper, M. L., Frone, M. R., Russel, M., & Muder, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions. A motivational model use. *Journal of Personality and Social Psychology,*69, 990-1005.

Deykin, E. Y., Levy, J. C., & Wells, V. (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Public Health,*77, 178-182.

Douglas, K. S., & Dutton, D. G. (2001). Assessing the link between stalking and domestic violence. *Aggression and Violent Behavior,* 6, 519-54.

Epstien, J. A., Botvin, G. J., Diaz, T., Willams, C., & Griffin, k. (2000). Aggression, victimization, and problem behavior among inner-city minority adolescent. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse,*9, 51-66.

Jaff, A. (2005). *Durg use and aggression: The effect of rumination and other person related varables*. California State University Long Beach Psychology.

Letteri, D. J. (1985). Durg abuse: A review of explanation. *Advances in Alcohol and Substance Abuse,* 4, 9-40.

Lowinson, J. H., Millman, R. B., & Longrod, G. (1997). *Substance abuse: A comprehensive textbook* New York: Willams & Willams: Baltimore.

McCuller, W. J., Sussman, S., Dent, C. W., & Teran, L. (2001). Concurrent prediction of drug use among high-risk youth. *Addictive Behaviors,* 26 (1), 137-142.

Newcomp, M. D. (1995). Identifying high-risk youth. Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In E. Rahdert, D. Czechwicz & I. Amsel (Eds.), Adolescent drug abuse: Clinical assessment and theaputic intervention. Rockville. MD: National Institute on Drug Abuse.

Newcomp, M. D., & Richardson, M. A. (2000). Substance use disorders. In M. Herson, & R. T. Ammerman (Eds.), *Advanced abnormal child psychology*. New Jerrsy: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Ostuki, T. A. (2003). Substance use, self-esteem, and depression among Asian American adolescent. *Journal of Drug Education,* 33 (4), 369-390.

Sokol-Katz, J., Dunham, R., & Zimenerman, R. (2003). *Family structure versus parental attachment in controlling adolescent deviant behavior: A social control model.* Department of Sociology, University of Miami, Coral Gables, FL 33124, USA.

Tarter, R. E., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J. R., Pajer, K., Vanyukov, M., Gardner, W., Blackson, T., & Clark, D. (2003). Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. *American Psychiatric Association,*160, 1078-1085.

Vakalahi, H., Harrison, S. , & Janzen, F. (2000). The Influence of family-based risk and protective factors on adolescent substance abuse. *Journal of Social Work,* 4 (1), 21-34.

Williams, S. K., & Kelly, F. D. (2005). Relationships among involvement, attachment, and behavioral problems in adolescence: Examining father's influence. *Journal of Early Adolescence,*25, 168-196.

Wills, T. A., Vaccaro, D., & Mcnamara, G. (1994). Novelity seeking, risk taking and related constructs as predictors of adolescent substance use. *Journal of Substance Abuse,* 6, 1-20.

Yanovizky, I. (2005). Sensation seeking and adolescent drug use: The mediation role of association with deviant peers and pro-drug discussions. *Health Communication,*17 (1), 67-89.